

就職したとき

常務理事	事務長		担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

キオクシア健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

被保険者証の記号・番号	記号 999	番号 〇〇〇〇〇
氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸〇-〇-〇 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
生年月日	昭和 40 年 5 月 12 日 (56) 歳 性別 男・女	
喪失理由	1. 就職のため (令和 2 年 7 月 1 日付で就職) 2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため 3. その他 ()	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 3 枚 理由 () 2. 同封しない 返却予定日 (令和 年 月 日)	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない	

令和 年 月 日提出

(注1) 就職による他健保加入の場合は、新たに取得した健康保険被保険者証の写しを添付してください。

(注2) 被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。

(注3) 本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。被保険者証は喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。

※	資格喪失年月日	令和 年 月 日
健	保険料還付金額	円
保	※健保記入欄	円/月分
記		
入	備考	
欄		

受付日付印

資格喪失を希望するとき

常務理事	事務長		担当

任意継続被保険者資格喪失申出書

キオクシア健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、任意継続被保険者の資格喪失理由に該当したため、届出いたします。

被保険者証の記号・番号	記号 999	番号 〇〇〇〇〇
氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	
住所	〒 130-0013 東京都墨田区錦糸〇-〇-〇 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
生年月日	昭和 40 年 5 月 12 日 (56) 歳	性別 男・女
喪失理由	1. 就職のため (令和 年 月 日付で就職) 2. 申出により任意継続保険の資格を喪失したため 3. その他 ()	
被保険者証	1. 同封する 被保険者証 合計 _____ 枚 理由 (喪失予定日 (翌月 1 日) 以降に返却予定のため) 2. 同封しない 返却予定日 (令和 4 年 2 月 1 日)	
資格喪失証明書の発行	1. 希望する 2. 希望しない	

令和 年 月 日提出

- (注1) 就職による他健保加入の場合は、新たに取得した健康保険被保険者証の写しを添付してください。
- (注2) 被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失届」を添付してください。
- (注3) 本人希望による喪失の場合、喪失日は申出書を受付けた翌月1日となります。被保険者証は喪失日以降速やかに健保組合宛に返却ください。

※ 資格喪失年月日	令和 年 月 日
※ 健保記入欄	円 令和 年 月分
備考	

受付日付印